

Розділ 4

Актуальні питання серцево-судинної хірургії

© Проблеми військової охорони здоров'я, 2012
УДК 617.5 — 611.136 — 611.3

СИМУЛЬТАННІ ОПЕРАЦІЇ НА ЧЕРЕВНОМУ ВІДДІЛІ АОРТИ ТА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ (КЛІНІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

*С.А.Асланян, В.М.Роговський, В.В.Яцун,
О.М.Борківець, Ю.М.Олійник, О.С.Родіонов*

Українська військово-медична академія,
Головний військовий медичний клінічний Центр «ГВКГ»
Київ, Україна

Обґрунтовані і наведені успішні клінічні приклади виконання у літніх пацієнтів алопротезування черевного відділу аорти одночасно (симультанно) з операціями на органах черевної порожнини.

Ключові слова: *аневризма аорти, білатеральне алопротезування, калькульозний холецистит, симультанна операція.*

Вступ

Світовий досвід одночасних симультанних операцій залишається невеликим, але має тенденцію до поширення [1, 2, 5, 7, 10, 14]. У 30% пацієнтів старше 60 років, які потребують хірургічного лікування захворювань органів черевної порожнини, мають місце супутні захворювання [1, 2, 3, 9, 13].

Хронічні облітеруючі захворювання артерій мають близько 2% населення, а на сьомому десятилітті життя до 7%. Патогенез атеросклерозу загальновідомий і пояснюється рядом теорій, основною з яких вважається порушення ліпідного обміну [1, 9]. Єдність патогенетичних механізмів розвитку жовчнокам'яної хвороби

(ЖКХ) й атеросклерозу визначає їх часте поєднання [1, 2, 9, 12] і неухильне зростання в останні десятиліття [1, 2, 10]. Відомо, що серед аневризми аорти пошкодження її черевного відділу становлять до 80% [8, 11]. За даними літератури, не менше 25-35% хворих на аневризми черевної аорти (АЧА) мають різні гастроентерологічні захворювання [5, 11, 13]. Частота ЖКХ у пацієнтів із АЧА складає 1, 9-7, 6% [2, 3, 7, 11]. Дискусії відносно хірургічної тактики в даній ситуації ведуться ще з 80-х років минулого століття [2, 3, 10, 11, 13, 15].

Ряд хірургів неохоче виконують симультанні холецистектомії при аневризмектоміях черевного відділу аорти, аргументуючи свій підхід великим відсотком післяопераційних ускладнень [3, 7]. Інші [3, 11, 13] пропонують виконувати холецистектомію у подібних ситуаціях лише у хворих з клінічними проявами ЖКХ. Аргументом на користь одномоментних операцій є високий ризик розвитку післяопераційного холецистити у хворих на ЖКХ [1, 2, 7, 13], що виникає досить часто протягом 2-7 місяців після протезування черевної частини аорти. Ще одним аргументом на користь виконання симультанних операцій на органах черевної порожнини під час алопротезування інфраренальної частини аорти є необхідність виконувати серединну або тотальну серединну лапаротомію [4, 10, 13], які дуже зручні для виконання операційних втручань на органах черевної порожнини. При реконструкції лише черевної аорти післяопераційний холецистит може мати тяжкий перебіг з ускладненнями у вигляді перфорації міхура і жовчного перитоніту та призводити до летального наслідку в 11% пацієнтів [13]. Частота безкам'яного холецистити після протезування АЧА складає менше 1% , проте може призводити до смерті в 71% спостережень [15]. До цього необхідно додати, що за даними ряду авторів не існує суттєвої різниці між рівнями летальності при ізольованому протезуванні АЧА та при виконанні такої операції у поєднанні з холецистектомією [15].

Мета роботи — описати клінічне спостереження успішних симультанних операцій з аневризмою інфраренального відділу аорти та супутньою абдомінальною патологією, яке свідчить про можливість виконання симультанних операцій у літніх пацієнтів після всебічного обстеження, відповідної підготовки до операції та проведення комплексної терапії в післяопераційному періоді.

Матеріали та методи дослідження

Відповідно до мети роботи було проаналізовано результати хірургічного лікування пацієнтів із захворюваннями черевного відділу аорти та супутніми хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини. За останні три роки у двох пацієнтів були успішно виконані симультанні операції на аорті та абдомінальних органах. Вони представлені на клінічних прикладах.

Клінічний випадок 1

Хворого Р., 77 років, був госпіталізований до клініки судинної хірургії ГВМКЦ (ГВКГ) 24.02.11 р.

На момент огляду скаржився на наявність пульсуючого утворення в ділянці живота, часті приступи болю в правому підребер'ї. Вважає себе хворим близько півтора року, коли виникли вищенаведені симптоми.

УЗД органів черевної порожнини 24.02.11 р.: жовчний міхур S-подібної форми, 6,4x2,5 см, не напружений, стінки до 1,1-1,2 см. Містить велику кількість гіперехогенних поліпів від 3 до 6 мм, гіперехогенні конкременти 4x6 мм, діаметр холедоху 4-5 мм.

ФГДС 23.02.11 р.: еритематозна гастробульбопатія, рефлюкс-езофагіт.

МСКТ-ангіографія 11.02.11 р.: атеросклеротична аневризма черевного відділу аорти, оклюзія гомілкових сегментів.

Після обстеження встановлено діагноз: Атеросклеротична мішкovidна аневризма інфраренального відділу аорти, облітеруючий атеросклероз артерій нижніх кінцівок II стадії, оклюзія гомілкових сегментів; ІХС, дифузний кардіосклероз, гіпертонічна хвороба II стадії, СН I ступеня; ЖКХ: хронічний калькульозний поліпозний холецистит; правобічна рецидивна пахова грижа.

28.02.11 р. виконана операція: Лапаратомія, аневризмектомія, білатеральне аортостегнове алопротезування (протезом Inter vascular, Inter Gard 221S), дренивання заочеревинного простору зліва та малого таза справа, холецистектомія, дренивання підпечінкового простору і пластиком з боку черевної порожнини внутрішнього кільця правого пахового каналу.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. На 11-у добу після операції пацієнт у задовільному стані виписаний для продовження лікування в амбулаторних умовах. Контрольний огляд хворого виконано через рік у лютому 2012 року — стан його здоров'я задовільний, скарг не пред'являє.

Клінічний випадок 2

Хворий В., 72 роки, був госпіталізований до клініки судинної хірургії ГВМКЦ (ГВКГ) 19.09.11 р.

На момент огляду скаржився на болі в литкових м'язях, що виникають при ходьбі на відстань менше 200 м, більше зліва. З анамнезу відомо, що хворіє близько двох років.

Об'єктивно: пульсація на лівій стегновій артерії ослаблена, на підколінній не визначається. Справа ослаблена пульсація на підколінній артерії.

УЗД органів черевної порожнини 24.09.11 р: жовчний міхур розмірами 6х3 см, не напружений, стінки до 1 см. Містить велику кількість гіперехогенних конкрементів 3х5 мм.

ФГДС 23.09.11 р.: ерозивний гастрит, дуоденіт, езофагіт.

Аортоангіографія 21.09.11 р.: Атеросклероз аорти та магістральних артерій нижніх кінцівок; стенози інфраренального відділу аорти до 50%; оклюзія здухвинних артерій зліва від рівня біфуркації; артерії на стегні контрастуються вкрай слабо (вірогідно за рахунок оклюзії здухвинних артерій).

Після обстеження встановлено діагноз: Облітеруючий атеросклероз аорти, артерій таза та нижніх кінцівок, III стадія, стенози інфраренального відділу аорти до 50%. Оклюзія здухвинних артерій зліва від рівня біфуркації ХАН НК II Б ступеня. ІХС. Стенокардія напруги ФК II, атеросклеротичний кардіосклероз та постінфарктний кардіосклероз (1987). Гіпертонічна хвороба III ст. ЖКХ: Хронічний калькульозний холецистит в фазі ремісії. Хронічний ерозивний гастрит, дуоденіт, езофагіт.

Після відповідної підготовки та обстеження 26.09.11 р. виконана операція: лапаратомія, білатеральне аортостегнове алопротезування, дренування малого тазу зліва. Холецистектомія, дренування підпечінкового простору. Видалення дивертикулу Меккеля, пластика тонкої кишки. Пластика грижового мішка в ділянці внутрішнього пахового кільця справа. Видалення атероми передньої черевної стінки.

Дивертикул Меккеля та атерома передньої черевної стінки були виявлені під час ревізії органів черевної порожнини, рішення про їх видалення було прийнято інтраопераційно.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. На 10-у добу після операції пацієнт у задовільному стані виписаний для амбулаторного лікування. Контрольний огляд хворого виконано через 6

місяців у лютому 2012 року — стан його здоров'я задовільний, скарг не пред'являє.

Обидва пацієнта при госпіталізації поставили перед лікарями питання стосовно можливості виконання холецистектомії одночасно з аневризектомією. Не зважаючи на це, а також на комплексне обстеження і ретельно проведений передопераційний консиліум, остаточне рішення про виконання симультанних операцій прийнялося інтраопераційно.

Результати дослідження та їх обговорення

При ЖКХ із патологічними змінами аорти в плановій ситуації виникає питання, чи залишати патологічно змінений жовчний міхур, піддаючи пацієнта ризику його запалення після операції, або здійснити одномоментну операцію з ризиком виникнення біліарних або інфекційних ускладнень. На нашу думку, ризик останніх перебільшений, що співпадає з даними джерел наукової інформації. Необхідно підкреслити, що рішення стосовно виконання таких операцій приймається індивідуально після ретельного обстеження хворого з наступним аналізом і обговоренням отриманих даних в умовах відповідного консиліуму.

Важливим моментом операції є обов'язкове зашивання заднього листка очеревини перед виконанням втручань на органах черевної порожнини. Використання сучасних протезів, оброблених розчинним антибіотика та імпрегнованих іонами срібла, дозволяє знизити ризик виникнення інфекційних ускладнень.

Висновки

1. Це клінічне спостереження свідчить про те, що рішення стосовно виконання симультанних операцій у літніх пацієнтів необхідно приймати індивідуально після ретельного обстеження хворого з наступним аналізом отриманих даних у консиліумі до і остаточно під час операції.

2. Симультанні операції мають ряд переваг у порівнянні з етапним хірургічним лікуванням, оскільки позбавляють хворого від:

- необхідності проведення повторного хірургічного втручання і пов'язаного з ним повторного наркозу;
- небезпеки виникнення в ранньому післяопераційному періоді загострення супутнього хірургічного захворювання;
- високого ризику екстреної операції при виникненні ускладнень зі сторони неопераваного органу.

Література

1. Аронов Д.М. Лечение и профилактика атеросклероза. — М: Триада-Х, 2000. — 410 с.
2. Белов Ю.В., Комаров Р.Н., Степаненко А.Б., Мкртчян А.Н. Аневризма аорты и желчнокаменная болезнь: необходима ли одномоментная операция? // Хирургия. — 2010. — №2. — С. 64-66.
3. Белов Ю.В., Комаров Р.Н. Абдоминальные катастрофы в хирургии аорты и сердца // Хирургия. — 2010. — №4. — С. 4-11.
4. Губка В.А. Особенности выполнения аортобедренных реконструкций при облитерирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей // Клінічна флебологія. — 2011. — Т. 4, №1. — С. 58-60.
5. Дудкин Б.П., Телятников С.С., Бунин А.М., Кирпиков Е.В. Комбинированная операция при раке слепой аневризме абдоминальной аорты и калькулезном холецистите у пожилого пациента // Хирургия. — 1992. — №3. — С. 112-113.
6. Затевахин И.И., Золкин В.Н., Матюшкин А.В. и др. К вопросу о патогенезе и риске разрыва аневризмы абдоминального отдела аорты // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2006. — Т. 1, №1. — С. 17-24.
7. Казанчян П.О., Попов В.А. Осложнения в хирургии: аневризм брюшной аорты. — М: МЭИ, 2002. — 304 с.
8. Мирошниченко П.В., Строило А.Б., Калинин Е.В. и др. Опыт лечения аневризмы брюшного отдела аорты // Клінічна флебологія. — 2011. — Т. 4, №1. — С. 75-77.
9. Мишалов В.Г., Селюк В.М. Современные подходы к диагностике и лечению аневризмы брюшной аорты // Серце і судини. — 2004. — №4. — С. 9-14.
10. Никульников П.И., Черный В.В., Ликсунов А.В. и др. Симультантные операции в хирургии аневризмы брюшной части аорты // Клінічна флебологія. — 2011. — Т. 4, №1. — С. 123-124.
11. Покровский А.В., Зятиков А.Е. Перспективы и действительность в лечении атеросклеротических поражениях аорты. — М., 1996. — 190 с.
12. Ailawadi G., Jonathan L., Eliason and Gilbert R. Upchurch. Current concepts in the patogenesis of abdominal aortic aneurysm // I.Vasc.Surg. — 2003. — Vol. 38. — P. 584-588.
13. Bickerstaff L.K., Hollier L.H., Van Peenen H.J. et al. Abdominal aortic aneurysm repaire combined with a second s. J procedure. Morbidity and mortality // Surgery. — 1984. — Vol. 95. — P. 487-491.
14. De Monti M., Ghilardi G., Bianchi E. et al. Two incidental cases of abdominal aortic aneurysm and gallbladder cancer. Further data influencing the management of patients affected by aneurysm and gallbladder disease // Minerva Card. — 2000. — Vol. 48, № 4-5. — P. 129-135.
15. Dimakakos P.B., Arkadopoulos N., Antoniadis P., Gouliamos A. Abdominal aortic aneurysm combined with a seconc intraabdominal non vascular disease—a clinical study and surgical treatment // Swiss Surg. — 1996. — №2. — P. 147-152.

С.А.Асланян, В.М.Роговський, В.В.Яцун, О.М.Боркивець, Ю.М.Олійник, О.С.Родионов. Симультанні операції на брюшному відділі аорти і органах брюшної порожнини (клінічне спостереження). Київ, Україна.

Ключові слова: аорта, аневризмектомія, холецистектомія, симультанно.

Обоснованы и представлены успешные клинические примеры выполнения у возрастных пациентов аллопротезирования брюшно-го отдела аорты одновременно (симультанно) с операциями на органах брюшной полости.

S.A.Aslanyan, V.M.Rohovsky, V.V.Yatsun, O.M.Borkivets, Yu.M.Oliynyk, O.S.Rodionov. Simultaneous operations on abdominal aorta and the abdominal cavity (clinical observation). Kyiv, Ukraine.

Key words: aorta, aneurismectomy, cholecystectomy, simultaneous

Grounded and successful examples of a clinical performance patients in age after aneurismectomy with abdominal part of aorta with operations on abdominal organs.